

肺假性淋巴瘤一例

徐勋华, 王夏武

【中图分类号】R563.9; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2013)01-0108-01

【关键词】假淋巴瘤; 体层摄影术, X 线计算机

病例资料 患者, 女, 64 岁, 2 个月前体检透视发现右上肺阴影, 无咳嗽、咳痰, 无咯血、胸痛、胸闷, 无畏寒、发热等症状。患者近 2 个月未行特殊处理, 到上级医院会诊, 建议手术。患者精神、食欲、睡眠均可, 大小便正常, 体力、体重正常。既往体健, 无高血压、糖尿病病史, 否认药物过敏史, 无家族遗传性疾病病史。查体: 体温 36.6℃, 心率 80 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 137/72 mmHg。患者神清、呼吸平稳、皮肤巩膜无黄染, 浅表淋巴结未扪及、气管居中、胸廓无畸形、双肺呼吸音清、未闻及干湿性啰音。实验室检查未见明显异常。临床诊断: 右上肺肺癌, 右上肺炎性假瘤。支气管镜检: 双侧支气管炎症改变。

CT 检查: 右上肺尖段见 1.6 cm × 2.1 cm × 2.0 cm 大小稍高密度软组织影, 可见支气管气像(图 1), CT 值 45~51 HU, 增强后 CT 值 64~70 HU, 轻度强化, 左上肺见斑片状及条索状稍高密度影(图 2), 双上肺病灶邻近胸膜粘连, 肺门及纵隔未见肿大淋巴结。右上肺切除术后定期追踪三年, 左上肺病灶无明显变化(图 3)。

手术所见: 术中探查胸腔无粘连, 肿块位于右上肺尖段, 行右上肺叶切除术。行右肺门、隆突下及第 2、3、4 组淋巴结清扫术, 肿块大小约 2.5 cm × 3.0 cm, 质中等。

病理检查: 右上肺距肺门 5.5 cm 处可见 3.5 cm × 2.7 cm 灰白灰褐区域, 边界不清。镜检: 肿瘤主要由成熟淋巴细胞组成(图 4), 可见生发中心, 免疫组化: CD3(+), CD20(+), CD43(+), CD45Ro(+), CD79a(+). 右肺门、隆突下及各组淋巴结反应性增生。病理诊断: 右上肺假性淋巴瘤。

讨论 肺假性淋巴瘤(pulmonary pseudolymphoma, PL)又称结节性淋巴组织样增生、肺假淋巴瘤等, 属于淋巴组织增生性疾病中的一种。主要好发于 40 岁以上患者, 少数患者在病变部位有肺炎史。多数患者无临床症状, 或仅有轻度咳嗽和胸痛, 通常在肺部 X 线检查时发现。

1963 年 Salzstein 首先报告了肺部假性淋巴瘤, Salzstein 采用假淋巴瘤这一术语用于描述一种罕见的边界清楚的肺实质包块, 病变表现为混合细胞性间质浸润, 最主要是小淋巴细胞,

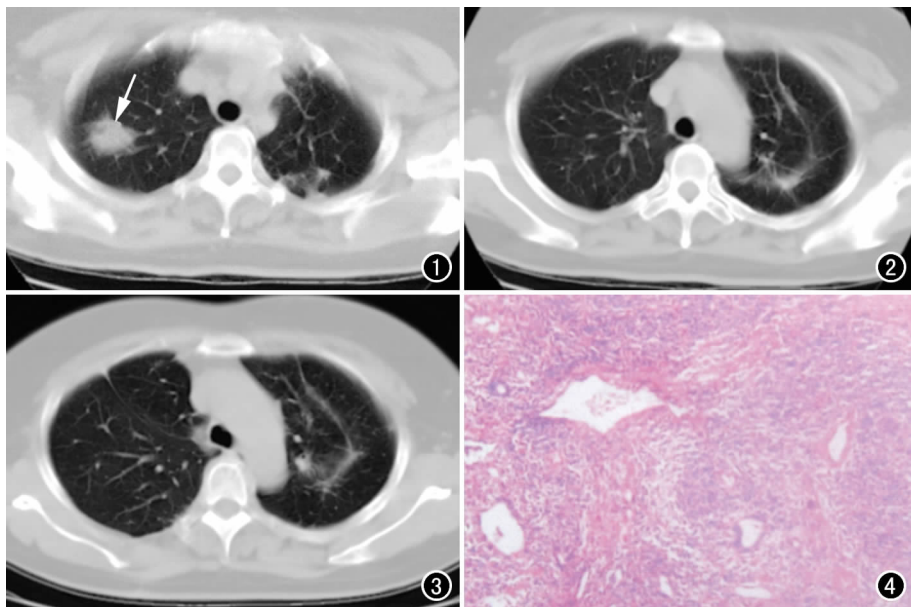


图 1 CT 示右上肺尖段类圆形稍高密度软组织影, 边缘毛糙, 内见支气管气像(箭), 左上肺可见斑片状稍高密度影, 邻近胸膜肥厚粘连。图 2 CT 平扫示左上肺弧形条索状及斑片状稍高密度影, 以实变为主, 周边见纤维条索影, 与胸膜粘连。

图 3 右上肺切除术后第 3 年, CT 扫描无复发征象, 左上肺病灶无变化。图 4 病理图示病灶主要由淋巴细胞、浆细胞及网织细胞组成, 以大量成熟淋巴细胞为主(×100, HE)。

并有真正生发中心形成, 其中部分病例已被证实为非何杰金淋巴瘤。最初鉴别诊断十分困难, 后来借助淋巴细胞克隆型检测进行鉴别, 良性者多为克隆性, 但部分病例可转变为单克隆性和恶性淋巴瘤^[1]。本病例病灶主要由成熟淋巴细胞组成, 并有生发中心形成。有文献报道即使无生发中心存在, 亦不能据此排除假性淋巴瘤。

肺假性淋巴瘤实际上为慢性肺部炎症。病理组织学为成熟淋巴细胞增生, 无淋巴结转移, 推断此病可能与免疫异常有关。临床上起病隐匿, 多无急性炎症症状。影像表现为多叶、多段实变或团块病变, 也可两者并存^[2]。本病例表现为多叶、多形态实变影, 无空洞、钙化, 肺门及纵隔淋巴结无肿大, 双侧胸膜虽受累, 但无胸腔积液。PL 一般病程较长, 文献报道确诊后数年可无变化。本病例右上肺病灶切除 3 年后无复发征象, 左上肺病灶无明显变化, CT 诊断系误诊, 主要原因为对本病认识不足、临床资料了解不全。笔者认为, 在临床工作中发现支气管气像的肿块或浸润样实变影, 肺门及纵隔无肿大淋巴结, 实验室检查无特殊, 无明显临床症状且病灶较长时间无变化者, 应考虑到本病, 如出现胸腔积液、肺门纵隔淋巴结肿大等征象, 则考虑转变为恶性淋巴瘤。

作者单位: 430080 武汉, 武钢总医院放射科

作者简介: 徐勋华(1974—), 男, 湖北武汉人, 主治医师, 主要从事 CT 及 MRI 诊断工作。

参考文献:

[1] 弗莱彻(美),周庚寅,刘洪琪,张庆慧.肿瘤组织病理诊断[M].济南:山东科学技术出版社,2001:123.

[2] 李铁一.胸部疾病影像诊断——李铁一教授经验教训集[M].北京:人民卫生出版社,2007:138.

(收稿日期:2012-06-06 修回日期:2012-06-27)

· 病例报道 ·

肋骨软骨肉瘤一例

林倩,赵年,秦燕,陈涛

【中图分类号】R738.1; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2013)01-0109-01

【关键词】 软骨肉瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 病理学

病例资料 患者,女,56岁。胸痛、咳嗽、咳痰 10 天入院就诊。查体:左侧腰背部第 8 后肋处压痛,左下肺呼吸音稍减弱,叩诊呈浊音,无特殊既往史。胸部 CT 检查:CT 平扫示第 8 胸椎左侧一大小约 5.8cm×6.4cm 团状软组织影,突向肺野,边缘尚光整,密度不均,内可见斑片状、沙粒状高密度钙化灶(图 1),邻近左侧第 8 后肋骨骨质膨胀,可见虫蚀样不规则骨质破坏(图 2),考虑为周围性肺癌合并肋骨转移可能性大。手术所见:肿瘤位于左侧第 8 胸椎旁,与第 8 肋骨相连,瘤体切面呈灰红色,均质,呈鱼肉样,与肋骨融合。病理诊断:左侧第 8 肋骨原发性间叶性软骨肉瘤(图 3)。

讨论 软骨肉瘤是起源于软骨或成软骨结缔组织的一种较常见的骨恶性肿瘤,发病部位以股骨、胫骨最为常见,其次为骨盆,指(趾)骨少见,发生于肋骨者较少见报道^[1]。徐永德等^[2]报告 92 例扁骨软骨肉瘤,肋骨占 17.4%。肋骨软骨肉瘤患者年龄一般较大,文献报道多为 40~60 岁,男女之比约为 1.8:1^[3]。CT 示肿块密度等于或低于肌肉密度,边界较为光整,多表现为轻度膨胀性骨质破坏,瘤内钙化常见,边缘可见轻度骨质硬化,骨皮质受压变薄、中断,但骨膜反应少见,软组织肿块大小差异较大^[4],典型钙化灶多呈条状、环状或半环形,肿瘤非钙化部分密度可不均匀,可见坏死、囊变区的更低密度影^[1]。

根据其发生位置,肋骨软骨肉瘤易与胸腔内其它恶性肿瘤侵犯肋骨相鉴别。一般认为肋骨软骨肉瘤多无典型临床表现,当肿块体积较大及骨质破坏严重时出现相应症状。周围型肺癌进展相对较快,可出现咳嗽、咳痰、咯血、胸痛等症状。肋骨软骨肉瘤多表现为边缘光整无分叶的软组织肿块,肿块内可见典型斑片状及沙粒样钙化灶,可见局限性溶骨性骨质破坏伴骨膜反应,破坏区可见瘤骨形成。周围型肺癌多见于中老年患者,边缘可呈分叶状,毛刺、胸膜凹陷征及血管聚集征常见,往往侵犯多根肋骨,少有骨膜反应及典型钙化^[5]。

肋骨软骨肉瘤较少见报道,MSCT 检查能显示肿块的大小、形态、范围、密度及病灶内的钙化灶,也可显示肿瘤与周围组织的关系及骨质破坏程度。一般来说,诊断软骨类肿瘤的可靠征象为钙化灶^[6],钙化越细小、分布越均匀,良性病变的可能性越大^[7]。

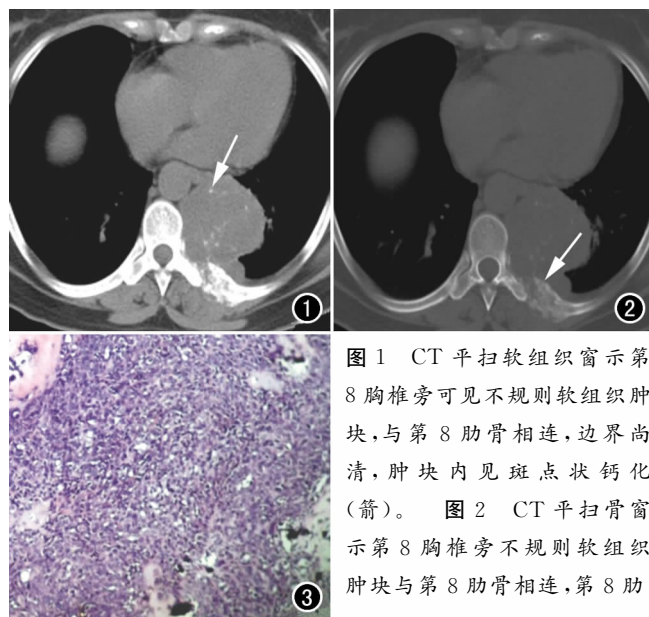


图 1 CT 平扫软组织窗示第 8 胸椎旁可见不规则软组织肿块,与第 8 肋骨相连,边界尚清,肿块内见斑点状钙化(箭)。图 2 CT 平扫骨窗示第 8 胸椎旁不规则软组织肿块与第 8 肋骨相连,第 8 肋

骨骨皮质变薄、中断,边缘不光整,骨小梁排列紊乱,呈虫噬样骨质破坏(箭)。图 3 镜下可见未分化间叶组织、幼稚细胞及增生活跃的软骨细胞,呈弥漫性或巢状排列(×100, HE)。

参考文献:

- [1] 吴恩惠.医学影像诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2001:375-376.
- [2] 徐永德,曹来宾.扁骨软骨肉瘤 92 例分析[J].中华放射学杂志,1990,24(2):66-69.
- [3] 刘国清.原发性软骨肉瘤的组织病理学与影像学表现的对比研究[J].临床放射学杂志,2007,26(1):80-82.
- [4] 周建军,丁建国,曾蒙苏,等.原发性软骨肉瘤影像学表现与病理关系[J].放射学实践,2008,23(1):62-65.
- [5] 谢汝明,吕岩,周新华,等.肺内孤立结节周围病灶的 HRCT 特征[J].中国医学影像技术,2010,18(6):124-126.
- [6] 彭玉萍,陈复华,陈慧珍,等.原发性软骨肉瘤 4 例误诊分析[J].现代医用影像学,1999,8(1):19-22.
- [7] 马大庆.肺内孤立性结节的 CT 鉴别诊断[J].中华结核和呼吸杂志,2003,26(2):104-105.

(收稿日期:2012-07-16 修回日期:2012-09-24)

作者单位:442008 湖北,湖北医药学院附属东风医院影像部

作者简介:林倩(1989—),女,湖北十堰人,主要从事综合影像诊断工作。

通讯作者:赵年, E-mail:601371311@qq.com